

(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA

Dla postępowania orzekającego o potrzebie: **kształcenia specjalnego** lub **zajęć rewalidacyjno - wychowawczych** lub **wczesnego wspomaganie rozwoju**. Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017r. poz. 1743 ze zm.)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania głównego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

--	--	--	--	--

(wskazanie rozpoznania współistniejącego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

### 2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, rokowanie

---

---

---

---

---

### 3. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (w tym niepełnosprawności)

---

---

---

---

---

(pieczęć i podpis lekarza)